

**УДК 616-001-08:618.2**

## **Результаты лечения политравмы у беременных**

**В.Д. Шейко, Б.Ф. Лысенко, В.Б. Мартыненко\*, Л.Д. Петрушова, С.В. Малик, А.Л. Челишвили, М.А. Дудченко**

*Кафедра хирургических болезней (зав. - проф. Б.Ф. Лысенко)*

*\*Кафедра акушерства и гинекологии (зав. - проф. А.М.Громова)*

*Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава*

**Реферат.** Изучено течение травматической болезни у 11 беременных женщин с различными вариантами тяжелой сочетанной торакальной и абдоминальной травмы, что составило 1,6% от всех пострадавших с политравмой. Политравма обусловила тяжелое течение травматической болезни у абсолютного большинства беременных. В раннем постшоковом периоде осложнения, обусловленные перенесенной травмой, развились у 90,9% пострадавших. Антенатальная гибель плода развилась у 81,8% беременных пациенток с политравмой. Летальных исходов среди беременных при политравме не было.

**Ключевые слова:** политравма, беременность.

В последние десятилетия проблема лечения тяжелых механических повреждений становится все более актуальной. Наряду с непрерывным ростом в структуре повреждений удельного веса тяжелой множественной и сочетанной травмы в общехирургические стационары все чаще поступают такие редкие ранее пациенты как травмированные беременные женщины. В структуре пострадавших с политравмой, поступающих в хирургические стационары беременные пациентки составляют 0,5-4,2% [3, 4, 7]. Любая травма беременной пациентки всегда первично определяет необходимость лечения двух пострадавших – матери и плода. При этом тяжесть повреждений матери определяет вероятный исход травматической болезни как для матери так и для

плода [3, 4, 6, 7]. Поэтому актуальность проблемы лечения беременных пациенток с политравмой не вызывает сомнений.

Целью исследования является анализ результатов лечения травматической болезни у беременных женщин при политравме.

**Материалы и методы исследования.** Изучено течение травматической болезни у 11 беременных женщин (возраст от 18 до 29 лет) с различными вариантами торакальной и абдоминальной политравмы, что составило 1,6% от всех находившихся под наблюдением пострадавших с политравмой.

Причиной политравмы были автодорожная травма у 6 (54,5%), кататравма – у 2 (18,2%), избиение – у 2 (18,2%), ранение – у 1 (9,1%) пострадавших.

Беременность 1 триместра выявлена у 5 (45,5%), 2 триместра – у 2 (18,2%), последнего триместра – у 4 (36,4%) пациенток.

Тяжесть анатомических повреждений оценивалась по наиболее эффективной, на наш взгляд, модифицированной шкале ISS (New ISS или NISS [5]) и была оценена как средне тяжелая (NISS – до 25 баллов) у 27,3%, тяжелая (NISS – 25-50 баллов) у 54,6% и крайне тяжелая (NISS – более 50 баллов) у 18,2% пациенток.

Клиника травматического шока была у всех пострадавших беременных, при этом легкий шок (I степени) выявлен у 2 (18,2%) из них, шок средней тяжести (II степени) – у 2 (18,2%), тяжелый шок (III степени) – у 5 (45,5%), терминальное состояние (шок IV степени) – у 2 (18,2%). Таким образом, тяжелый шок (шок III-IV стадии) диагностирован у 63,6% пострадавших.

По локализации наиболее часто были повреждены: живот (90,9%), грудная клетка (72,7%), верхние и нижние конечности (45,5%), голова (45,5%), таз (27,3%), позвоночник (9,1%). При этом две анатомические области были повреждены у 54,6%, три и более – у 45,5% пациенток.

Тяжесть состояния беременных с политравмой и основные клинические проявления, как правило, были обусловлены доминирующими повреждениями. В 27,3% наблюдений повреждения были конкурентными - определить

доминирующее по клиническим проявлениям повреждение не представлялось возможным.

***Результаты и их обсуждение.*** Всем пострадавшим при политравме беременным пациенткам противошоковые мероприятия были начаты только на госпитальном этапе.

При поступлении у 27,3% пациенток сведения о беременности первично не были получены. Причинами несвоевременного выявления беременности были: незнание о беременности пациенткой, умышленное сокрытие от сопровождающих и персонала, отсутствие контакта при нарушенном сознании.

Последовательность и объем проведения диагностического поиска у беременных была идентична таковому у небеременных пациентов. Особое внимание у беременных обращали на обследование живота, области таза и влагалищное исследование. Наличие беременности не являлось противопоказанием к проведению рентгенологических исследований и инвазивных диагностических манипуляций. Выявление беременности у пациентки с травмой любой локализации и любой тяжести требовало неотложной консультации акушера-гинеколога.

Оперативные вмешательства обусловленные политравмой выполнены всем пострадавшим, при этом на животе – у 90,9%, грудной клетке - у 27,3%, в других анатомических областях – у 36,4% пострадавших.

Повреждения грудной клетки были у 72,7%, дренирование плевральной полости по Бюлау выполнено 18,2%, диагностические пункции – 27,3%, ПХО ран грудной клетки – 27,3% пострадавших.

Повреждения живота диагностированы у 90,9%, лапаротомии выполнены 81,8%, лапароцентез – 27,3%, ПХО ран живота – 18,2% беременным пациенткам. В структуре повреждений органов брюшной полости полые органы были повреждены у 18,2%, паренхиматозные – у 63,6%, диафрагма – у 18,2%, массивное внутрибрюшное кровотечение – у 36,4%. При этом один орган был поврежден у 36,4%, два и более – у 45,5%. Ранений и разрывов матки не наблюдали.

Пельвиоабдоминальная травма выявлена у 27,3% беременных. Перелом костей таза (тип В – ротационно нестабильный) был у 1 (9,1%) пациентки.

В объеме неотложной реанимационно-гемостатической лапаротомии при крайне тяжелой политравме с разрывом печени и селезенки и массивным внутрибрюшным кровотечением (шок IV) у пациентки с беременностью 32 недели наряду с гемостатическим этапом было выполнено экстренное оперативное извлечение плода (плод был нежизнеспособен) с удалением матки. Основанием к удалению матки явилось отсутствие сократительной активности матки наряду с инициацией синдрома ДВС крови. Принятие решения о выполнении акушерских операций принималось комиссионно с акушером-гинекологом.

Политравма обусловила тяжелое течение травматической болезни у абсолютного большинства беременных. В раннем постшоковом периоде осложнения, обусловленные перенесенной травмой, развились у 90,9% пострадавших. Осложнения со стороны легких диагностированы у 63,6%, брюшной полости – у 36,4%, тромбо-геморрагические – у 27,3%, почек – у 18,2%, и нагноительные – у 9,1%. В структуре системных осложнений преобладали легочные, при этом респираторный дистресс-синдром с явлениями острой легочной недостаточности наблюдался у 18,2% пострадавших, синдром ДВС крови – у 9,1%.

К сожалению, в большинстве наблюдений у 9 (81,8%) беременных пациенток с политравмой развилась антенатальная гибель плода. У 4-х (44,4%) беременных 1 триместра на 1-13 сутки после травмы был констатирован самопроизвольный аборт. Антенатальная гибель плода во 2-3 триместрах констатировалась на 1-3 сутки после травмы. Из них реанимационное удаление мертвого плода с маткой проведено у 1 (11,1%) пациентки, кесарево сечение - 2 (22,2%) и плодоразрушающие операции – 2 (22,2%) пациенткам. Замерший плод, особенно во втором и третьем триместре беременности, является потенциальной угрозой жизни матери. Наличие в травмированном организме матери мертвого плода может в короткие сроки инициировать развитие таких фатальных

осложнений как острый синдром ДВС крови, респираторный дистресс-синдром и синдром и острая сердечно-сосудистая недостаточность. Поэтому замершая в посттравматическом периоде беременность требует срочного выполнения аборта или плодоразрушающей операции сразу после стабилизации и даже на фоне относительной стабилизации гемодинамики, особенно при появлении признаков органических дисфункций, на 3-5 сутки после травмы [1, 3, 6, 7].

Гипоксия плода может быть критической даже при нормальном артериальном давлении матери за счет шунтирования маточно-плацентарного кровотока. Уже легкий шок матери свидетельствует о тяжелом и даже терминальном шоке плода [3, 4, 7]. Так у всех пациенток второй половины беременности, даже при легком шоке, у плода были выявлены признаки тяжелой гипоксии (ЧСС более 160 или менее 120, снижение двигательной активности), подтвержденные УЗИ. Купирование шока у пациенток констатировали при нормализации АД и снижении ЧСС ниже 100, однако у плода признаки гипоксии по данным УЗИ оставались выраженными. У всех пациенток с политравмой и гипотензией (шок 2-4 степени) констатирована антенатальная гибель плода (табл. 1).

**Таблица 1.**

**Взаимосвязь тяжести шока с антенатальной гибелью плода при политравме**

<b>Травматический шок 11 (100%)</b>	<b>Беременность</b>			<b>Антенатальная гибель плода</b>
	<b>1 триместр 5 (45,5%)</b>	<b>2 триместр 2 (18,2%)</b>	<b>3 триместр 4 (36,4%)</b>	
<b>Шок 1 степени 2 (18,2%)</b>	1	-	1	0
<b>Шок 2 степени 2 (18,2%)</b>	1	-	1	2 (100%)
<b>Шок 3 степени 5 (45,5%)</b>	2	1	2	5 (100%)
<b>Шок 4 степени 2 (18,2%)</b>	1	1	-	2 (100%)
<b>Антенатальная гибель плода</b>	4 (80%)	2 (100%)	3 (75%)	9 (81,8%)

Летальных исходов среди беременных при политравме не было.

Тяжелое осложненное течение травматической болезни у беременных пациенток с политравмой обусловили, на наш взгляд, сочетанные повреждения

органов груди и живота, при которых синдром взаимного отягощения значительно усугублял общую патологическую ситуацию, способствовал более тяжелому клиническому течению каждого из повреждений с развитием дисфункции органов и систем, а также глубокой гипоксии и антенатальной гибели плода.

Выбор рациональной хирургической тактики при политравме беременных является индивидуальным и определяется конкретной ситуацией и характером повреждения. При этом беременность не является основанием для отказа в выполнении каких-либо диагностических или лечебных манипуляций или вмешательств. Оптимальным условием эффективности лечения плода является максимально раннее и адекватное лечение матери. Поэтому лечебная тактика при политравме беременных должна быть первично ориентирована на мать, а определение лечебных мероприятий для плода всегда вторично [3, 4, 7]. Противошоковая инфузионная терапия у пациенток второй половины беременности должна определяться с расчетом перевосполнения дефицита ОЦК на 10-15%, для восполнения исходной физиологической гиперволемии беременных. Недовосполнение увеличенной сосудистой емкости беременной приводит к обкрадыванию маточно-плацентарного кровотока и пролонгированию шоковой гипоксии плода даже при компенсации гемодинамики матери [1].

Развитие тяжелых осложнений раннего посттравматического периода, таких как респираторный дистресс-синдром и синдром ДВС крови, обусловлено, на наш взгляд, исходно высокой «чувствительностью» эндотелия сосудов беременных к медиаторам воспаления на фоне «хронического» компенсированного эндотоксикоза, обусловленного поступлением в кровоток матери продуктов метаболизма плода. Воздействие же на активированный эндотелий гиперреактивной системной воспалительной реакции, обусловленной тяжелой сочетанной травмой и шоком, обуславливает порой неизбежность указанных системных дисфункций.

### **Выводы.**

1. Программа диагностического поиска и хирургическая тактика при политравме у беременных определяется конкретной клинической ситуацией, при этом беременность не является основанием для отказа в выполнении каких-либо диагностических исследований или инвазивных манипуляций.
2. Планирование лечебных мероприятий у беременных с политравмой должно учитывать наличие двух пациентов – матери и плода, а жизнеспособность плода определяется максимально ранним и адекватным лечением матери.
3. Шоковое состояние матери при политравме приводит к развитию крайне тяжелой гипоксии плода, тяжесть которой прогрессирует в значительно большей степени чем у матери и в абсолютном большинстве наблюдений обуславливает антенатальную гибель плода.
4. При политравме у беременных пациенток в остром периоде травматической болезни крайне высок риск развития респираторного дистресс-синдрома и синдрома ДВС крови.

### **Литература.**

1. Зильбер А.П., Шифман Е.М. Акушерство глазами анестезиолога. «Этюды критической медицины», т.3. – Петрозаводск: Изд-во ПГУ, 1997. – 397 с.
2. Маркін Л.Б., Спіженко Ю.П., Венцьковський Б.М. та ін. Невідкладна хірургічна допомога в акушерстві та гінекології. – Львів: Світ, 1992. – 120 с.
3. Esposito T.J., Gens D.R., Smith L.G. et al. Trauma during pregnancy - a review of 79 cases // Archives of Surgery. – 1991. – Vol.126. – P.1073-1078.
4. Kisainger D.P., Rozycki G.S., Morris J.A. et al. Trauma in pregnancy - predicting pregnancy outcome // Archives of Surgery. – 1991. – Vol.125. – P.1079-1086.
5. Osler T., Baker S.P., Long W. A modification of the Injury Severity Score that both improves accuracy and simplifies scores // J. Trauma. – 1997. – Vol.43, №6. – P.922-926.
6. Pallerson R.M. Trauma in pregnancy // Clinical Obstetrics and Gynecology. – 1984. – Vol.27, №1. – P.32-38.
7. Timberlake G.A., McSwain N.E. Trauma in pregnancy, a ten-year perspective // The American Surgeon. – 1989. – Vol.55. – P.151-153.